ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	**PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES** **FORMATO CONTROL DE LAVADO Y DESINFECCIÓN DEL TANQUE DE AGUA POTABLE**	**Código:** FOR-PSS-064 **Versión:** 0 **Fecha:** Memo Int. 38379 – 18/07/2017 Página: 1 de 2

PROGRAMA DE ABASTECIMIENTO DE AGUA POTABLE

CONTROL DEL LAVADO Y DESINFECCIÓN DEL TANQUE DE AGUA POTABLE

JUAN REY

OBJETIVO: Verificar y realizar seguimiento a la higienización del tanque de agua con el fin de garantizar el adecuado almacenamiento del agua que se utiliza en las diferentes etapas de operación de alimentos en las unidades operativas.

1. RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN: _**ALBA ROCIO MAHECHA BURGOS RESPONSABLE DEL SERVICIO**

2.Nombre de la Empresa y fecha actual de higienización	3. Próxima fecha de higienización	4. Nombre del desinfectante usado	5. Ingrediente activo	6. Concentración utilizada	7. Firma Responsable Verificación y Seguimiento
FUMIGACIONES ASR – 06-06-2023	09/12/2023	HIPOCLORITO AL 5.25%	HIPOCLORITO	200 ppm	
FUMIGACIONES ASR – 09-12-2023	09/06/2024	HIPOCLORITO AL 5.25%	HIPOCLORITO	200 ppm	
				F	

Para diligenciar correctamente el Formato de Control de Lavado y Desinfección del Tanque de Agua Potable, tenga en cuenta las siguientes instrucciones:
El formato permite verificar el seguimiento que se realiza a la higienización del tanque o tanques de almacenamiento de agua de la unidad operativa.
En la parte superior del formato, en la casilla se debe diligenciar el nombre de la Unidad Operativa.
En la casilla No. 1 se debe diligenciar el nombre completo del responsable de la verificación y diligenciamiento del formato en la unidad operativa.
En la casilla No. 2 se debe diligenciar el nombre de la empresa que realiza el procedimiento, la fecha actual de realización de higienización del tanque de almacenamiento de agua la cual debe escribirse en números, en el siguiente orden: día/mes/año. Ej: 09/07/2016
En la casilla No. 3 se debe colocar la fecha próxima de higienización del tanque de almacenamiento de agua, la cual debe escribirse en números, en el siguiente orden: día/mes/año. Ej: 08/12/2016. Se debe tener en cuenta que las higienizaciones deben realizarse mínimo con una periodicidad de 6 meses.
En la casilla No. 4 se debe colocar el nombre del desinfectante utilizado en el proceso de desinfección del tanque de almacenamiento de agua de la unidad operativa.
En la casilla número 5 se debe colocar el nombre del ingrediente activo utilizado en el proceso de desinfección del tanque de almacenamiento de agua de la unidad operativa.
En la casilla número 6 se debe colocar la concentración utilizada del desinfectante utilizado para la realización del procedimiento de higienización del tanque de agua.
En la casilla número 7 se debe colocar la firma del responsable de la verificación de higienización en la unidad operativa.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	**PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES** **FORMATO SEGUIMIENTO A SOLUCIONES DESINFECTANTES**	**Código:** FOR-PSS-065
		Versión: 0
		Fecha: Memo Int. 38379 – 18/07/2017
		Página: 1 de 3

1. NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMEDOR COMUNITARIO JUAN REY
MES: MAYO AÑO: 2024

2. Nombre del responsable del Seguimiento ALBA ROCIO MAHECHA _____2. Cargo: Responsable del servicio

3. Desinfectante utilizado: HIPOCLORITO DE SODIO AL 5.25% 3. Marca: ORION

3. Fecha de vencimiento: 10/2024. Concentración: 5.25
3. Lote: 30906

4. Semana: DEL 02 AL 04 MAYO

5. Áreas, alimentos, espacios y elementos	L		M		M		J		V		S		D	
	Cantidad de agua (L)	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**
Frutas y verduras	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	40	40	40	40	40	40	N/A	N/A
Bolsas de leche, empaques lácteos	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	25	25	45	45	25	25	N/A	N/A
Bolsas de pulpa de frutas	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	30	30	30	30	30	30	N/A	N/A
Empaque de embutidos	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Enlatados	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Equipos y utensilios	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	40	120	40	120	40	120	N/A	N/A

5. Áreas, alimentos, espacios y elementos	L		M		M		J		V		S		D	
	Cantidad de agua (L)	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**
Superficies	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	5	20	5	20	5	20	N/A	N/A
Baños	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	320	40	320	40	320	40	N/A	N/A
Ambiente	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	90	30	90	30	90	30	N/A	N/A

6. .

ENCARGADO DEL SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD OPERATIVA:

RESPONSABLE SERVICIO

ALBA ROCIO MAHECHA BURGOS 52.843.518

NOMBRE Y CC **FIRMA** **CARGO**

Para diligenciar correctamente el Formato Seguimiento a Soluciones Desinfectantes, tenga en cuenta las siguientes instrucciones:
El Objetivo del formato es verificar el seguimiento que se realiza a la preparación de las soluciones desinfectantes que se requieren en la unidad operativa con el fin de garantizar procesos de saneamiento adecuados que aseguren una adecuada ejecución del Programa de Limpieza y desinfección. Este formato está programado de manera semanal, debe diligenciarse diariamente y nunca de forma anticipada, por el personal asignado.
En la parte superior del formato, en la casilla No. 1 se debe diligenciar el nombre de la Unidad Operativa, con el mes de aplicación (En letras) y el año vigente (Los cuatro dígitos).
En la casilla No. 2 se debe diligenciar el nombre completo y cargo de la persona que realiza el seguimiento a las soluciones desinfectantes.
En la casilla No. 3 se debe diligenciar el nombre del desinfectante, marca, lote, fecha de vencimiento y concentración, estos datos se encuentran en el rotulo del producto.
En la casilla No. 4 se debe diligenciar el número de la semana con respecto al mes a que corresponde la verificación.
En la casilla No. 4 se indica UNA semana de Lunes a Domingo, con las que podemos identificar día a día de la semana y así poder verificar: L: Lunes, M: Martes, M, Miércoles, J: Jueves, V: Viernes, S: Sábado y D: Domingo. Se debe contar con cuatro hojas de verificación para tener la totalidad de los días del mes. Cada día de acuerdo a los elementos y áreas a higienizar debe diligenciarse la cantidad de agua utilizada en Litros (L) y la cantidad de desinfectante utilizado en mililitros (ml o g) para las preparaciones de las diferentes soluciones desinfectantes.
En la casilla número 5 se indican las áreas, espacios o elementos a desinfectar, *según la unidad operativa.*
En la casilla número 6 se indica OBSERVACIÓN, se debe describir si existió algún tipo de falencia en la preparación de la solución desinfectante con el fin de corregir la acción y/o evitar posteriores falencias en este proceso. Se debe describir el día o días en que se generó la observación.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	**PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES** **FORMATO SEGUIMIENTO A SOLUCIONES DESINFECTANTES**	**Código:** FOR-PSS-065
		Versión: 0
		Fecha: Memo Int. 38379 – 18/07/2017
		Página: 1 de 3

1. NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMEDOR COMUNITARIO JUAN REY
MES: MAYO AÑO: 2024

2. Nombre del responsable del Seguimiento ALBA ROCIO MAHECHA _____2. Cargo: Responsable del servicio

3. Desinfectante utilizado: HIPOCLORITO DE SODIO AL 5.25% 3. Marca: ORION

3. Fecha de vencimiento: 10/2024. Concentración: 5.25
3. Lote: 30906

4. Semana: DEL 06 AL 11 MAYO

5. Áreas, alimentos, espacios y elementos	**L**		**M**		**M**		**J**		**V**		**S**		**D**	
	Cantidad de agua (L)	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**
Frutas y verduras	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	N/A	N/A
Bolsas de leche, empaques lácteos	38	38	20	20	35	35	10	10	10	10	35	35	N/A	N/A
Bolsas de pulpa de frutas	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	N/A	N/A
Empaque de embutidos	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Enlatados	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Equipos y utensilios	40	120	40	120	40	120	40	120	40	120	40	120	N/A	N/A

5. Áreas, alimentos, espacios y elementos	L		M		M		J		V		S		D	
	Cantidad de agua (L)	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**
Superficies	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	N/A	N/A
Baños	320	40	320	40	320	40	320	40	320	40	320	40	N/A	N/A
Ambiente	90	30	90	30	90	30	90	30	90	30	90	30	N/A	N/A

6. .

ENCARGADO DEL SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD OPERATIVA:

RESPONSABLE SERVICIO

ALBA ROCIO MAHECHA BURGOS 52.843.518

NOMBRE Y CC **FIRMA** **CARGO**

Para diligenciar correctamente el Formato Seguimiento a Soluciones Desinfectantes, tenga en cuenta las siguientes instrucciones:
El Objetivo del formato es verificar el seguimiento que se realiza a la preparación de las soluciones desinfectantes que se requieren en la unidad operativa con el fin de garantizar procesos de saneamiento adecuados que aseguren una adecuada ejecución del Programa de Limpieza y desinfección. Este formato está programado de manera semanal, debe diligenciarse diariamente y nunca de forma anticipada, por el personal asignado.
En la parte superior del formato, en la casilla No. 1 se debe diligenciar el nombre de la Unidad Operativa, con el mes de aplicación (En letras) y el año vigente (Los cuatro dígitos).
En la casilla No. 2 se debe diligenciar el nombre completo y cargo de la persona que realiza el seguimiento a las soluciones desinfectantes.
En la casilla No. 3 se debe diligenciar el nombre del desinfectante, marca, lote, fecha de vencimiento y concentración, estos datos se encuentran en el rotulo del producto.
En la casilla No. 4 se debe diligenciar el número de la semana con respecto al mes a que corresponde la verificación.
En la casilla No. 4 se indica UNA semana de Lunes a Domingo, con las que podemos identificar día a día de la semana y así poder verificar: L: Lunes, M: Martes, M, Miércoles, J: Jueves, V: Viernes, S: Sábado y D: Domingo. Se debe contar con cuatro hojas de verificación para tener la totalidad de los días del mes. Cada día de acuerdo a los elementos y áreas a higienizar debe diligenciarse la cantidad de agua utilizada en Litros (L) y la cantidad de desinfectante utilizado en mililitros (ml o g) para las preparaciones de las diferentes soluciones desinfectantes.
En la casilla número 5 se indican las áreas, espacios o elementos a desinfectar, *según la unidad operativa.*
En la casilla número 6 se indica OBSERVACIÓN, se debe describir si existió algún tipo de falencia en la preparación de la solución desinfectante con el fin de corregir la acción y/o evitar posteriores falencias en este proceso. Se debe describir el día o días en que se generó la observación.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	**PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES** **FORMATO SEGUIMIENTO A SOLUCIONES DESINFECTANTES**	**Código:** FOR-PSS-065
		Versión: 0
		Fecha: Memo Int. 38379 – 18/07/2017
		Página: 1 de 3

1. NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMEDOR COMUNITARIO JUAN REY
MES: MAYO AÑO: 2024

2. Nombre del responsable del Seguimiento ALBA ROCIO MAHECHA _____2. Cargo: Responsable del servicio

3. Desinfectante utilizado: HIPOCLORITO DE SODIO AL 5.25% 3. Marca: ORION

3. Fecha de vencimiento: 02/2025. Concentración: 5.25
3. Lote: 38008

4. Semana: DEL 14 AL 18 MAYO

5. Áreas, alimentos, espacios y elementos	**L**		**M**		**M**		**J**		**V**		**S**		**D**	
	Cantidad de agua (L)	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**
Frutas y verduras	N/A	N/A	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	N/A	N/A
Bolsas de leche, empaques lácteos	N/A	N/A	30	30	20	20	20	20	45	45	20	20	N/A	N/A
Bolsas de pulpa de frutas	N/A	N/A	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	N/A	N/A
Empaque de embutidos	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Enlatados	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Equipos y utensilios	N/A	N/A	40	120	40	120	40	120	40	120	40	120	N/A	N/A

5. Áreas, alimentos, espacios y elementos	L		M		M		J		V		S		D	
	Cantidad de agua (L)	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**
Superficies	N/A	N/A	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	N/A	N/A
Baños	N/A	N/A	320	40	320	40	320	40	320	40	320	40	N/A	N/A
Ambiente	N/A	N/A	90	30	90	30	90	30	90	30	90	30	N/A	N/A

6. .

ENCARGADO DEL SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD OPERATIVA:

RESPONSABLE SERVICIO

ALBA ROCIO MAHECHA BURGOS 52.843.518

NOMBRE Y CC **FIRMA** **CARGO**

Para diligenciar correctamente el Formato Seguimiento a Soluciones Desinfectantes, tenga en cuenta las siguientes instrucciones:
El Objetivo del formato es verificar el seguimiento que se realiza a la preparación de las soluciones desinfectantes que se requieren en la unidad operativa con el fin de garantizar procesos de saneamiento adecuados que aseguren una adecuada ejecución del Programa de Limpieza y desinfección. Este formato está programado de manera semanal, debe diligenciarse diariamente y nunca de forma anticipada, por el personal asignado.
En la parte superior del formato, en la casilla No. 1 se debe diligenciar el nombre de la Unidad Operativa, con el mes de aplicación (En letras) y el año vigente (Los cuatro dígitos).
En la casilla No. 2 se debe diligenciar el nombre completo y cargo de la persona que realiza el seguimiento a las soluciones desinfectantes.
En la casilla No. 3 se debe diligenciar el nombre del desinfectante, marca, lote, fecha de vencimiento y concentración, estos datos se encuentran en el rotulo del producto.
En la casilla No. 4 se debe diligenciar el número de la semana con respecto al mes a que corresponde la verificación.
En la casilla No. 4 se indica UNA semana de Lunes a Domingo, con las que podemos identificar día a día de la semana y así poder verificar: L: Lunes, M: Martes, M, Miércoles, J: Jueves, V: Viernes, S: Sábado y D: Domingo. Se debe contar con cuatro hojas de verificación para tener la totalidad de los días del mes. Cada día de acuerdo a los elementos y áreas a higienizar debe diligenciarse la cantidad de agua utilizada en Litros (L) y la cantidad de desinfectante utilizado en mililitros (ml o g) para las preparaciones de las diferentes soluciones desinfectantes.
En la casilla número 5 se indican las áreas, espacios o elementos a desinfectar, *según la unidad operativa.*
En la casilla número 6 se indica OBSERVACIÓN, se debe describir si existió algún tipo de falencia en la preparación de la solución desinfectante con el fin de corregir la acción y/o evitar posteriores falencias en este proceso. Se debe describir el día o días en que se generó la observación.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	**PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES** **FORMATO SEGUIMIENTO A SOLUCIONES DESINFECTANTES**	**Código:** FOR-PSS-065
		Versión: 0
		Fecha: Memo Int. 38379 – 18/07/2017
		Página: 1 de 3

1. NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMEDOR COMUNITARIO JUAN REY
MES: MAYO AÑO: 2024

2. Nombre del responsable del Seguimiento ALBA ROCIO MAHECHA _____2. Cargo: Responsable del servicio

3. Desinfectante utilizado: HIPOCLORITO DE SODIO AL 5.25% 3. Marca: ORION

3. Fecha de vencimiento: 02/2025. Concentración: 5.25
3. Lote: 38008

4. Semana: DEL 20 AL 25 MAYO

5. Áreas, alimentos, espacios y elementos	L		M		M		J		V		S		D	
	Cantidad de agua (L)	Cantidad desinfectante (ml)	Cantidad de agua (L)	Cantidad desinfectante (ml)	Cantidad de agua (L)	Cantidad desinfectante (ml)	Cantidad de agua (L)	Cantidad desinfectante (ml)	Cantidad de agua (L)	Cantidad desinfectante (ml)	Cantidad de agua (L)	Cantidad desinfectante (ml)	Cantidad de agua (L)	Cantidad desinfectante (ml)
Frutas y verduras	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	N/A	N/A
Bolsas de leche, empaques lácteos	20	20	20	20	35	35	20	20	35	35	15	15	N/A	N/A
Bolsas de pulpa de frutas	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	N/A	N/A
Empaque de embutidos	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Enlatados	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Equipos y utensilios	40	120	40	120	40	120	40	120	40	120	40	120	N/A	N/A

5. Áreas, alimentos, espacios y elementos	L		M		M		J		V		S		D	
	Cantidad de agua (L)	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**
Superficies	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	N/A	N/A
Baños	320	40	320	40	320	40	320	40	320	40	320	40	N/A	N/A
Ambiente	90	30	90	30	90	30	90	30	90	30	90	30	N/A	N/A

6. .

ENCARGADO DEL SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD OPERATIVA:

RESPONSABLE SERVICIO

ALBA ROCIO MAHECHA BURGOS 52.843.518

NOMBRE Y CC **FIRMA** **CARGO**

Para diligenciar correctamente el Formato Seguimiento a Soluciones Desinfectantes, tenga en cuenta las siguientes instrucciones:
El Objetivo del formato es verificar el seguimiento que se realiza a la preparación de las soluciones desinfectantes que se requieren en la unidad operativa con el fin de garantizar procesos de saneamiento adecuados que aseguren una adecuada ejecución del Programa de Limpieza y desinfección. Este formato está programado de manera semanal, debe diligenciarse diariamente y nunca de forma anticipada, por el personal asignado.
En la parte superior del formato, en la casilla No. 1 se debe diligenciar el nombre de la Unidad Operativa, con el mes de aplicación (En letras) y el año vigente (Los cuatro dígitos).
En la casilla No. 2 se debe diligenciar el nombre completo y cargo de la persona que realiza el seguimiento a las soluciones desinfectantes.
En la casilla No. 3 se debe diligenciar el nombre del desinfectante, marca, lote, fecha de vencimiento y concentración, estos datos se encuentran en el rotulo del producto.
En la casilla No. 4 se debe diligenciar el número de la semana con respecto al mes a que corresponde la verificación.
En la casilla No. 4 se indica UNA semana de Lunes a Domingo, con las que podemos identificar día a día de la semana y así poder verificar: L: Lunes, M: Martes, M, Miércoles, J: Jueves, V: Viernes, S: Sábado y D: Domingo. Se debe contar con cuatro hojas de verificación para tener la totalidad de los días del mes. Cada día de acuerdo a los elementos y áreas a higienizar debe diligenciarse la cantidad de agua utilizada en Litros (L) y la cantidad de desinfectante utilizado en mililitros (ml o g) para las preparaciones de las diferentes soluciones desinfectantes.
En la casilla número 5 se indican las áreas, espacios o elementos a desinfectar, *según la unidad operativa.*
En la casilla número 6 se indica OBSERVACIÓN, se debe describir si existió algún tipo de falencia en la preparación de la solución desinfectante con el fin de corregir la acción y/o evitar posteriores falencias en este proceso. Se debe describir el día o días en que se generó la observación.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	**PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES** **FORMATO SEGUIMIENTO A SOLUCIONES DESINFECTANTES**	**Código:** FOR-PSS-065
		Versión: 0
		Fecha: Memo Int. 38379 – 18/07/2017
		Página: 1 de 3

1. NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMEDOR COMUNITARIO JUAN REY
MES: MAYO AÑO: 2024

2. Nombre del responsable del Seguimiento ALBA ROCIO MAHECHA _____2. Cargo: Responsable del servicio

3. Desinfectante utilizado: HIPOCLORITO DE SODIO AL 5.25% 3. Marca: ORION

3. Fecha de vencimiento: 02/2025. Concentración: 5.25
3. Lote: 38008

4. Semana: DEL 27 AL 31 MAYO

5. Áreas, alimentos, espacios y elementos	L		M		M		J		V		S		D	
	Cantidad de agua (L)	Cantidad desinfectante (ml)	Cantidad de agua (L)	Cantidad desinfectante (ml)	Cantidad de agua (L)	Cantidad desinfectante (ml)	Cantidad de agua (L)	Cantidad desinfectante (ml)	Cantidad de agua (L)	Cantidad desinfectante (ml)	Cantidad de agua (L)	Cantidad desinfectante (ml)	Cantidad de agua (L)	Cantidad desinfectante (ml)
Frutas y verduras	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	N/A	N/A	N/A	N/A
Bolsas de leche, empaques lácteos	30	30	18	18	20	20	15	15	30	30	N/A	N/A	N/A	N/A
Bolsas de pulpa de frutas	45	45	25	25	30	30	25	25	25	25	N/A	N/A	N/A	N/A
Empaque de embutidos	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Enlatados	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Equipos y utensilios	40	120	40	120	40	120	40	120	40	120	N/A	N/A	N/A	N/A

5. Áreas, alimentos, espacios y elementos	L		M		M		J		V		S		D	
	Cantidad de agua (L)	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**
Superficies	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	N/A	N/A	N/A	N/A
Baños	320	40	320	40	320	40	320	40	320	40	N/A	N/A	N/A	N/A
Ambiente	90	30	90	30	90	30	90	30	90	30	N/A	N/A	N/A	N/A

6. .

ENCARGADO DEL SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD OPERATIVA:

RESPONSABLE SERVICIO

ALBA ROCIO MAHECHA BURGOS 52.843.518		
NOMBRE Y CC	**FIRMA**	**CARGO**

Para diligenciar correctamente el Formato Seguimiento a Soluciones Desinfectantes, tenga en cuenta las siguientes instrucciones:
El Objetivo del formato es verificar el seguimiento que se realiza a la preparación de las soluciones desinfectantes que se requieren en la unidad operativa con el fin de garantizar procesos de saneamiento adecuados que aseguren una adecuada ejecución del Programa de Limpieza y desinfección. Este formato está programado de manera semanal, debe diligenciarse diariamente y nunca de forma anticipada, por el personal asignado.
En la parte superior del formato, en la casilla No. 1 se debe diligenciar el nombre de la Unidad Operativa, con el mes de aplicación (En letras) y el año vigente (Los cuatro dígitos).
En la casilla No. 2 se debe diligenciar el nombre completo y cargo de la persona que realiza el seguimiento a las soluciones desinfectantes.
En la casilla No. 3 se debe diligenciar el nombre del desinfectante, marca, lote, fecha de vencimiento y concentración, estos datos se encuentran en el rotulo del producto.
En la casilla No. 4 se debe diligenciar el número de la semana con respecto al mes a que corresponde la verificación.
En la casilla No. 4 se indica UNA semana de Lunes a Domingo, con las que podemos identificar día a día de la semana y así poder verificar: L: Lunes, M: Martes, M, Miércoles, J: Jueves, V: Viernes, S: Sábado y D: Domingo. Se debe contar con cuatro hojas de verificación para tener la totalidad de los días del mes. Cada día de acuerdo a los elementos y áreas a higienizar debe diligenciarse la cantidad de agua utilizada en Litros (L) y la cantidad de desinfectante utilizado en mililitros (ml o g) para las preparaciones de las diferentes soluciones desinfectantes.
En la casilla número 5 se indican las áreas, espacios o elementos a desinfectar, *según la unidad operativa.*
En la casilla número 6 se indica OBSERVACIÓN, se debe describir si existió algún tipo de falencia en la preparación de la solución desinfectante con el fin de corregir la acción y/o evitar posteriores falencias en este proceso. Se debe describir el día o días en que se generó la observación.

1. UNIDAD OPERATIVA: JUAN REY			
2. RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN: ***ALBA ROCIO MAHECHA BURGOS***			3. FECHA-MES 07/05/2024
4. ASPECTO Y ÁREA A VERIFICAR		5. ELEMENTOS	6. ACCIÓN CORRECTIVA
4.A	ÁREA COCINA		
A.1	Revise que en la cocina no existan elementos en desuso que estén acumulando suciedad y sean usados como hábitat de roedores e insectos.	**NP**	
A.2	Revise que en la bodega no exista acumulación de empaques (bolsas, cajas de cartón, guacales, costales, frascos, etc.)	**NP**	
4.B	ÁREA DE BODEGA		
B.1	Revise que en la bodega no existan elementos en desuso que estén acumulando suciedad y sean usados como hábitat de roedores e insectos.	**NP**	
B.2	Revise que en la bodega no exista acumulación de empaques (bolsas, cajas de cartón, guacales, costales, frascos, etc.)	**NP**	
4.C	CUARTO DE BASURAS		
C.1	Revise que en el cuarto de basuras no existan elementos en desuso que estén acumulando suciedad y sean usados como hábitat de roedores e insectos.	**NP**	
C.2	Revise que en el cuarto de basuras no exista acumulación de empaques (bolsas, cajas de cartón, guacales, costales, frascos, etc.)	**NP**	
4.D	SALONES Y OFICINAS		
D.1	Revise que en los salones y oficinas no existan elementos en desuso que estén acumulando suciedad y sean usados como hábitat de roedores e insectos.	**NP**	
D.2	Revise que en los salones y oficinas no exista acumulación de empaques (bolsas, cajas de cartón, guacales, costales, frascos, etc.)	**NP**	
4.E	BAÑOS		
E.1	Revise que en los baños no existan elementos en desuso que estén acumulando suciedad y	**NP**	

	sean usados como hábitat de roedores e insectos.		
E.2	Revise que en los baños no exista acumulación de empaques (bolsas, cajas de cartón, guacales, costales, frascos, etc.)	**NP**	

Para diligenciar correctamente el Formato: INSPECCIÓN DEL MANEJO DE ELEMENTOS EN DESUSO, EMBALAJES Y EMPAQUES.
El formato permite verificar la presencia de elementos en desuso, embalajes y empaques, en espacios y elementos de la unidad operativa, mediante una verificación MENSUAL que conlleve a la formulación de acciones correctivas implementando condiciones adecuadas y seguras en la Unidad Operativa.
En la parte superior del formato, en la casilla No. 1 se debe diligenciar el nombre de la Unidad operativa.
En la parte superior del formato, en la casilla No. 2 se debe diligenciar el nombre de la persona responsable que realiza la inspección y quien debe haber realizado una inducción acerca del Plan de Saneamiento Básico.
En la casilla No. 3 se debe diligenciar la fecha y el mes en que se realiza la inspección.
En la casilla No. 4 se debe verificar la inspección en todas las áreas, los espacios y elementos de la Unidad Operativa. En la columna se deben listar todas las áreas de la Unidad Operativa con el fin de aplicar el formato sin que quede ningún espacio faltante por verificar y así poder plantear una acción correctiva donde se requiera. El orden del listado de áreas se efectúa desde el 4.A en adelante con sus respectivos aspectos a considerar.
En la casilla número 5 debe indicar el nombre de los elementos en desuso, embalajes o empaques encontrados en la inspección. En caso de no encontrarse elementos se debe colocar la sigla N.P. (No Presenta).
En la casilla 6 ACCIONES CORRECTIVAS (TIEMPO PROPUESTO) se describen las posibles rutas a corregir en el espacio o área encontrada, esta descripción es muy detallada y requiere de apoyo interno o externo según sea el caso.
Este formato debe permanecer actualizado mes a mes en el documento Plan de Saneamiento Básico de la Unidad Operativa.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	**PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES** **FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS**	Código: FOR-PSS-068 Versión: 1 Fecha: Memo Int 33907 – 15/06/2018 Página: 1 de 6

1. NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMEDOR JUAN REY

MES MAYO **AÑO:** 2024

2. Nombre del responsable del diligenciamiento: ALBA ROCIO MAHECHA BURGOS

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana UNO							3. Semana DOS							3. Semana TRES							3. Semana CUATRO							Semana Cinco						
	Del 02 AL 04 DE MAYO							Del 6 AL 11 DE MAYO							Del 14 al 18 de MAYO							Del 20 AL 25 DE MAYO							Del 27 AL 31						
	L	**M**	**M**	**J**	**V**	**S**	**D**	**L**	**M**	**M**	**J**	**V**	**S**	**D**	**L**	**M**	**M**	**J**	**V**	**S**	**D**	**L**	**M**	**M**	**J**	**V**	**S**	**D**	**L**	**M**	**M**	**J**	**V**	**S**	**D**
COCINA																																			
Pisos	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	N/A	N/A
Paredes	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	N/A	N/A
Techos	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	N/A	N/A
Ventanas-anjeo	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	N/A	N/A
Puertas	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	N/A	N/A
Mesones	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	N/A	N/A
Canecas	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	N/A	N/A
Estufa	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	N/A	N/A
Lavaplatos	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	N/A	N/A
Horno	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Canastillas	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	N/A	N/A
Licuadora	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	N/A	N/A
Menaje	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	N/A	N/A
Utensilios	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	N/A	N/A

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana UNO							3. Semana DOS							3. Semana TRES							3. Semana CUATRO							Semana Cinco						
	Del 02 AL 04 DE MAYO							Del 6 AL 11 DE MAYO							Del 14 al 18 de MAYO							Del 20 AL 25 DE MAYO							Del 27 AL 31						
	L	**M**	**M**	**J**	**V**	**S**	**D**	**L**	**M**	**M**	**J**	**V**	**S**	**D**	**L**	**M**	**M**	**J**	**V**	**S**	**D**	**L**	**M**	**M**	**J**	**V**	**S**	**D**	**L**	**M**	**M**	**J**	**V**	**S**	**D**
Pela papas	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	N/A	N/A
Procesador	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	N/A	N/A
Frutas y verduras	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	N/A	N/A
Abarrotes	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	N/A	N/A
Huevos	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	1	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	1	1	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	1	N/A	N/A	N/A	1	N/A	N/A	1	N/A	N/A
Bolsas de leche	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	N/A	1	N/A	1	N/A	N/A	N/A	1	N/A	N/A	1	N/A	N/A	N/A	N/A	1	N/A	N/A	1	N/A	1	1	N/A	N/A	1	N/A	N/A
Empaques de lácteos	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	N/A	N/A	N/A
Bolsa de pulpas de frutas	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	N/A	N/A
Enlatados	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	1	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Empaques de embutidos	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Estanterías	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	N/A	N/A
Congelador	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	N/A	N/A
Neveras	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	N/A	N/A
Incluir otros de ser necesario	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
COMEDOR																																			
Pisos comedor	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	N/A	N/A
Paredes	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	N/A	N/A

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS	Código: FOR-PSS-068 Versión: 1 Fecha: Memo Int 33907 – 15/06/2018 Página: 3 de 6

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana UNO							3. Semana DOS							3. Semana TRES							3. Semana CUATRO							Semana Cinco						
	Del 02 AL 04 DE MAYO							Del 6 AL 11 DE MAYO							Del 14 al 18 de MAYO							Del 20 AL 25 DE MAYO							Del 27 AL 31						
	L	**M**	**M**	**J**	**V**	**S**	**D**	**L**	**M**	**M**	**J**	**V**	**S**	**D**	**L**	**M**	**M**	**J**	**V**	**S**	**D**	**L**	**M**	**M**	**J**	**V**	**S**	**D**	**L**	**M**	**M**	**J**	**V**	**S**	**D**
Techos	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1			N/A
Ventanas-anjeo	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1			N/A
Tapete desinfectante	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			N/A
BAÑOS																																			
Sanitario	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1			N/A
Orinales	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			N/A
Lavamanos	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1			N/A
Espejo	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1			N/A
Pisos	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1			N/A
Paredes	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1			N/A
Techos	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1			N/A
Ventanas	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1			N/A
Puertas	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1			N/A
Papeleras	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1			N/A
dispensadores	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			N/A
CUARTO DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS SÓLIDOS																																			
Canecas	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1			N/A

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	**PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES** **FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS**	Código: FOR-PSS-068 Versión: 1 Fecha: Memo Int 33907 – 15/06/2018 Página: 4 de 6

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana UNO							3. Semana DOS							3. Semana TRES							3. Semana CUATRO							Semana Cinco						
	Del 02 AL 04 DE MAYO							Del 6 AL 11 DE MAYO							Del 14 al 18 de MAYO							Del 20 AL 25 DE MAYO							Del 27 AL 31						
	L	**M**	**M**	**J**	**V**	**S**	**D**	**L**	**M**	**M**	**J**	**V**	**S**	**D**	**L**	**M**	**M**	**J**	**V**	**S**	**D**	**L**	**M**	**M**	**J**	**V**	**S**	**D**	**L**	**M**	**M**	**J**	**V**	**S**	**D**
Pisos	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1		N/A	N/A
Paredes	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1		N/A	N/A
Techos	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1		N/A	N/A
Puerta	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1		N/A	N/A
Incluir otros de ser necesario	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A
oficina																																			
Alistamiento de personal	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1		N/A	N/A
Área de registro	N/A	N/A	N/A	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1		N/A	N/A

5. OBSERVACIONES	6. ACCIONES CORRECTIVAS (TIEMPO PROPUESTO)	7. RESPONSABLE(S)

Para diligenciar correctamente el Formato LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN, tenga en cuenta las siguientes instrucciones:
El formato permite verificar las labores de limpieza y desinfección que se ejecutan en la unidad operativa de acuerdo con la guía adoptada en la tabla Numero 4, este formato esta programado para un mes, debe diligenciarse diariamente y nunca de forma anticipada, por el personal asignado.
En la parte superior del formato, en la casilla No. 1 se debe diligenciar el nombre de la Unidad Operativa, con el mes de aplicación y el año vigente.
En la casilla No. 2 se debe diligenciar el nombre completo de la persona que diligencia la lista de verificación.
En la casilla No. 3 se indican 5 semanas de Lunes a Domingo, especificando los días de la semana; además se pueden verificar, día a día: L: Lunes, M: Martes, M, Miércoles, J: Jueves, V: Viernes, S: Sábado y D: Domingo. A las verificación se le debe dar una calificación de: 1 = ACEPTABLE Y 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.
En la casilla No. 4, Áreas, alimentos, espacios, elementos a considerar, *según la unidad operativa,* verificamos si el inventario total de áreas se describe en esta columna.
En la casilla No. 5 se indican cada una de las observaciones realizadas en la lista de verificación indicando el día y la semana en que ocurre la observación.
En la casilla No. 6, se describen las acciones correctivas, que dan solución a cada una de las observaciones realizadas.
En la casilla No. 7, se diligencia el nombre del o los responsables que realizaran, las acciones correctivas.
Hay que tener en cuenta que en la tabla **No. 4 GUÍA DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN,** se describen las frecuencias y su ejecución debe estar articulada con el personal de servicios generales; por eso al aplicar la verificación se debe tener en cuenta que no todos los días deben calificarse todas las áreas sino según su frecuencia.

1. UNIDAD OPERATIVA: JUAN REY			
2. RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN**:** **(Alba Rocio Mahecha)**			3. FECHA: 04/05/2024
4. ASPECTO Y ÁREA A VERIFICAR		5. PLAGA	6. OBSERVACIONES GENERALES
4.A	ÁREA COCINA		
Revise las siguientes áreas de la cocina en busca de evidencia de plagas.		**NP**	
A.1	Uniones entre el piso y las paredes y paredes y techos.	NP	
A.2	Debajo y en la parte de atrás de la nevera.	NP	
A.3	Debajo de la estufa.	NP	
A.4	En las bandejas de la estufa.	NP	
A.5	Debajo, encima y dentro de los gabinetes	NP	
A.6	Debajo de la estantería	NP	
A.7	Dentro y en el contorno de la campana extractora	NP	
A.8	Dentro y alrededor de la caneca.	NP	
A.9	Debajo del lavaplatos	NP	
A.10	En el techo falso de la cocina	NP	
4.B	ÁREA DE BODEGA DE ALIMENTOS		
B.1	Uniones entre el piso y las paredes y paredes y techos.	NP	
B.2	Debajo y en los entrepaños de la estantería	NP	
B.3	Debajo de las estibas	NP	
B.4	Dentro de las canastillas	NP	
4.C	CUARTO DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS		
C.1	Uniones entre el piso y las paredes y paredes y techos.	NP	
C.2	Dentro y alrededor de la caneca.	NP	
4.D	SALONES Y OFICINAS		
D.1	Uniones entre el piso y las paredes y paredes y techos.	NP	
D.2	Dentro y fuera de los gabinetes	NP	
4.E	BAÑOS		
E.1	Uniones entre el piso y las paredes y paredes y techos.	NP	
E.2	Cisterna e inodoro	NP	
4.F	CUARTO DE MATERIAL DIDÁCTICO/LUDICO		
F.1	Uniones entre el piso y las paredes y paredes y techos.	**N/A**	
F.2	Debajo y en los entrepaños de la estantería	N/A	
F.3	Dentro y alrededor de las cajas	N/A	
F.4	Alrededor de las colchonetas	N/A	
4.G	LAVANDERÍA		
G.1	Uniones entre el piso y las paredes y paredes y techos.	**N/A**	

G.2	Debajo y alrededor de la lavadora	**N/A**	
4.H	**Nota: Incluir todas las áreas de la unidad operativa:**		

7. OBSERVACIONES	8. ACCIONES CORRECTIVAS (TIEMPO PROPUESTO)	9. RESPONSABLE(S)

Para diligenciar correctamente el Formato : INSPECCIÓN DE LA PRESENCIA DE PLAGAS
El formato permite verificar la presencia de plagas en todas las áreas, espacios y elementos de la Unidad Operativa, mediante una verificación MENSUAL que alerte la presencia de plagas y evite los daños que puede generar su presencia, creando unas acciones correctivas que impidan y deriven la implementación de medidas de saneamiento ambiental.
En la parte superior del formato, en la casilla No. 1 se debe diligenciar el nombre de la Unidad operativa.
En la casilla No. 2 se debe diligenciar el nombre de la persona responsable que realiza la inspección de presencia de plagas en la unidad operativa y quien debe haber realizado una inducción acerca del Plan de Saneamiento Básico.
En la casilla No. 3 se debe diligenciar la fecha en que se realiza la inspección.
En las casillas de la columna No. 4 Se debe verificar la presencia de plagas en todas las áreas, los espacios y elementos de la unidad operativa. En la columna se deben listar todas las áreas de la Unidad Operativa con el fin de aplicar el formato sin que quede ningún espacio faltante por verificar la presencia de plagas y así poder plantear una acción correctiva donde se requiera. El orden del listado de áreas se efectúa desde el 4.A en adelante con sus respectivos aspectos a considerar.
En la casilla No 5, se indica el nombre de la posible plaga encontrada en la inspección. En caso de no encontrarse plaga debe colocarse la sigla N.P. (No Presenta).
En la casilla número 6, Observaciones Generales se agrega información adicional y comentarios sobre los aspectos y áreas examinadas.
En la casilla número 7, OBSERVACIONES, se listan las observaciones, fallas o inconvenientes presentados, las cuales tendrán que verificarse y controlarse.
En la casilla número 8, se indican cada una de las ACCIONES CORRECTIVAS que se deben implementar para corregir posibles fallas, a lo cual debe mencionarse un tiempo determinado para su realización.
En la casilla No. 9, se describe el nombre del o los responsables de la acción correctiva.
Este formato debe permanecer actualizado mes a mes en el documento Plan de Saneamiento Básico de la unidad operativa.

PROGRAMA DE CONTROL INTEGRAL DE PLAGAS	
FORMATO REGISTRO DE CONTROL DE PLAGAS	
1. FECHA	**09/12/2023**
2. UNIDAD OPERATIVA:	**JUAN REY**
3. ÁREA	**AREAS EN GENERAL DEL SERVICIO DEL COMEDOR COMINITARIO COCINA POPULAR**
4. PLAGUICIDA APLICADO	**LIZARD AL**
5. RODENTICIDA APLICADO	**RATIQUILL CEBO X 500 GR**
6. INGREDIENTE ACTIVO	**RATAEN AGUC**
7. DOSIFICACIÓN	**8 CM X 1 ML**
8. PLAGA A ERRADICAR	**ROEDORES VECTORES**
9. EMPRESA QUE EJECUTÓ EL PROCESO	**FUMIGACIONES ASR**
10. RESPONSABLE(S) DE LA UNIDAD OPERATIVA EN LA QUE SE REALIZA EL CONTROL.	**ALBA ROCIO MAHECHA BURGOS**
11. OBSERVACIONES GENERALES: PROXIMA FUMIGACION 09 DE JUNIO DE 2024	

Para diligenciar correctamente el FORMATO REGISTRO DE CONTROL DE PLAGAS, tenga en cuenta las siguientes instrucciones:
El formato permite verificar las labores del control químico que se realizan en la Unidad Operativa.
En la parte superior del formato, en la casilla No. 1 se debe diligenciar la fecha en la que se realiza la intervención por parte de la firma contratada para el control químico.
En la casilla No. 2 se debe diligenciar el nombre de la Unidad operativa.
En la casilla No. 3 se debe diligenciar áreas que son objeto de la intervención de control químico.
En la casilla No. 4 se debe realizar una descripción del plaguicida utilizado.
En la casilla No. 5 se debe realizar una descripción del rodenticida utilizado.
En la casilla No. 6 se debe realizar una descripción del ingrediente activo utilizado.
En la casilla número 7, se describe la dosificación implementada.
En la casilla 8 se indica la plaga erradicada.
En la casilla No. 9, se registra el nombre de la empresa que ejecutó la actividad y/o la intervención.
En la casilla No. 10, se registra el nombre de las personas responsables de la Unidad Operativa que estuvieron atendiendo la implementación del control.
En la casilla número 11 se realizan todas las observaciones que sean requeridas. En caso dado que la unidad operativa no necesite realizar el control químico se debe diligenciar el No Aplica en siglas N.A. en cada casilla.
La información o reporte entregado reposa en la oficina de coordinación de la Unidad Operativa, en archivo destinado para tal fin.

	Elaboró	Revisó	Aprobó
Nombre	Neyla Patricia Pulido Vergara Olga Lucía Gómez Corredor Claudia Rodríguez Camilo Ernesto Rodríguez Valencia Francy Pinilla Amanda León	María Adela Mena Bejarano Sandra Esperanza Ávila Pérez Gladys Bojacá B. Maritza del Carmen Mosquera Palacios	Maritza del Carmen Mosquera Palacios
Cargo/ Rol	Equipo Técnico Subdirección para la Gestión Integral Local - Proyecto 1098 “Bogotá te nutre” Apoyo a la Supervisión – Subdirección para la Gestión Integral Local	Gestora SIG - Subdirección para la Gestión Integral Local Gestora SIG del Proceso de Prestación de Servicios Sociales Coordinador Proyecto 1098 “Bogotá Te Nutre” Subdirectora para la Gestión Integral Local (E)	Directora Territorial

JUAN REY			
1. RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN: ALBA ROCIO MAHECHA BURGOS			2.FECHA: 07/05/2024
3.ASPECTO Y ÁREA A VERIFICAR		4. CALIFICACIÓN	5. ACTIVIDAD POR IMPLEMENTAR
3.A	AREA DE COCINA		
A.1	**Aberturas entre puertas y piso (exteriores)**	**1**	
A.2	**Aberturas entre puertas y piso (interiores)**	**1**	
A.3	**Estado de los anjeos (mallas) de las ventanas de la cocina**	**1**	
A.4	**Los marcos de puertas y ventanas son herméticos.**	**1**	
A.5	**Paredes y techos de la cocina están libres de agujeros.**	**1**	
A.6	**Los techos de la cocina acoplan herméticamente con los muros.**	**1**	
A.7	**Estado de las rejillas de los sifones de la cocina.**	**1**	
3.B	AREA DE BODEGA DE ALIMENTOS		
B.1	**Estado de los anjeos (mallas) de las ventanas de la bodega de alimentos.**	**1**	
B.2	**Los marcos de puertas y ventanas son herméticos.**	**1**	
B.3	**Paredes y techos de la bodega están libres de agujeros.**	**1**	
B.4	**Los techos de la bodega de alimentos acoplan herméticamente con los muros.**	**1**	
3.C	OTRAS AREAS		
C.1	**Los techos de las demás áreas acoplan herméticamente con los muros.**	**1**	
C.2	**Empalmes de pisos y paredes libres de agujeros.**	**1**	
C.3	**Paredes interiores lisas libres de ranuras**	**1**	
3.D	Nota: Incluir todas las áreas de la unidad operativa:		
La calificación de la verificación es:1 = ACEPTABLE 2 = NO ACEPTABLE			

6. OBSERVACIONES	7. ACCIONES CORRECTIVAS (TIEMPO PROPUESTO)	8. RESPONSABLE(S)

Para diligenciar correctamente el Formato: VERIFICACIÓN DE HERMETICIDAD se debe tener en cuenta:
El formato permite verificar la hermeticidad de todas las áreas y espacios de la unidad operativa, mediante una verificación Mensual que prevenga y proteja las instalaciones del ingreso o aparición de plagas y evite los daños que puede generar su presencia, creando una acciones correctivas que impidan el ingreso de plagas, mediante la implementación de medidas preventivas y controladas de saneamiento ambiental.
En la parte superior del formato, en la casilla No. 1 se debe diligenciar el nombre de la persona responsable que realiza la verificación de hermeticidad.
En la casilla No. 2 se debe diligenciar la fecha en que se realiza la verificación de hermeticidad.
En las casillas de la columna No. 3 Se debe verificar la hermeticidad de todas las áreas, los espacios y aspectos de la unidad operativa. En esta columna se deben listar todas las áreas de la unidad operativa con el fin de aplicar el formato sin que quede ningún espacio por verificar la hermeticidad y así poder plantear una acción correctiva donde se requiera. El orden del listado de áreas se efectúa desde el 3.A en adelante con sus respectivos aspectos a considerar.
En las casillas No 4, corresponde a la calificación dada al aspecto, o área verificada para la hermeticidad de la siguiente manera: 1 = ACEPTABLE Y 2 = NO ACEPTABLE Y su valor se indicará en cada fila.
En la casilla número 5, que corresponde al título: ACTIVIDAD POR IMPLEMENTAR, se debe indicar las acciones o actividades que se encuentran con posibles fallas o inconvenientes y que presentan una calificación de 2= NO ACEPTABLE.
En la casilla número 6, OBSERVACIONES, se listan las observaciones, fallas o inconvenientes presentados, en especial las calificaciones dadas con número 2, las cuales tendrán que verificarse y controlarse.
En la casilla 7 se indican cada una de las ACCIONES CORRECTIVAS que se deben implementar para corregir posibles fallas, a lo cual debe mencionarse un tiempo determinado para su realización.
En la casilla 8 se describe el nombre del o los responsables de la acción correctiva.

COMEDOR COMUNITARIO JUAN REY

Nombre del coordinador responsable de la unidad operativa propia o tercerizada:

Yo Alba Roció Mahecha Burgos

Me comprometo a desarrollar junto con los integrantes de la unidad operativa más adelante mencionados, las acciones previstas para la adopción del Plan de Saneamiento Básico.

RESPONSABLES	NOMBRE	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CARGO	FIRMA
Responsable, Coordinador o Director de la unidad operativa	Diego F Ceron Medina	1.080.931.644	Representante legal ESAL	
Responsable y/o Delegado Administrativo	Alba Roció Mahecha	52.843518	Responsable del servicio	
Supervisor o jefe de Servicios Generales u otro delegado	Ameye Ayala	52.772.661	Nutricionista	
Otro delegado	Yolanda Godoy Rincón	39.6190318	Profesional social	
Otro delegado	Gloria Patricia López Jaramillo	52283901	Manipuladora de alimentos	
Otro delegado	Olga Lucia Peña Hurtado	52010834	Manipuladora de alimentos	
Otro delegado	Marleny Saraza Santoyo	52.099.931	Manipuladora de alimentos	
Otro delegado	Ruth Adrea Aguilar	1.033.763.597	Manipuladora de alimentos	
Otro delegado	Leidy Johanna Valencia	52.734.770	Manipuladora de alimentos	
Otro delegado	Nicolas Hurtado Garcia	1.000.214.764	Auxiliar Administrativo	

Fecha de la adopción: 03/05/2024

Nota: **El formato se actualizará toda vez que cambie el responsable de la unidad operativa.**